Suscriben:



Firma del participante: _____
Nombre del participante: Johan Alexander Rodriguez
Teléfono de contacto del participante: 3212050811

Firma de la madre, padre o cuidador: Sandra Y Barrera.
Nombre de la madre, padre o cuidador: Sandra Milena Barrera.
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3212050811.

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

PUBLICO

Fecha: 13 de Enero de 2026 Departamento: Meta Municipio: Villavicencio

Yo, **OLGA LUCIA MELO VERNAZA**, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC **X** , CE____ NUIP (RC) ___, número **40341061**, obrando en calidad de: **Padre** ___ **Madre X Cuidador** ___de la niña, niño o adolescente **JUSSEPH CAMILO SOLANO MELO**, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI **X**, CC____, número **1121911699**, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:



Firma del participante: _____
Nombre del participante: Jusseph Camilo Solano
Teléfono de contacto del participante: 3228870441

Firma de la madre, padre o cuidador: _____
Nombre de la madre, padre o cuidador: Olga Lucia Melo
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3228870441

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
"LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012"

Fecha: 13 de Enero de 2026 Departamento: Meta Municipio: Villavicencio

Yo, **MARIA NINFA OLIVERA ROMERO**, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC **X** , CE____ NUIP (RC) ___, número **1122119851**, obrando en calidad de: **Padre** ___ **Madre X Cuidador** ___de la niña, niño o adolescente **LAUREN VALENTINA LEAL OLIVERA**, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI **X**, CC____, número **1121952661**, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:



Firma del participante: _____
Nombre del participante: Jaoren Valentina Olivera
Teléfono de contacto del participante: 3105667963

Firma de la madre, padre o cuidador: ~~Mamá~~ fe
Nombre de la madre, padre o cuidador: ~~Mamá~~ Maria Olivera Romero
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3105667963 3177343594.
MADRE PAPA.

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

Fecha: 13 de Enero de 2026 Departamento: Meta Municipio: Villavicencio

Yo, **ELIA MANCERA ROJAS**, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC **X** , CE____ NUIP (RC) ___, número **40402243**, obrando en calidad de: **Padre** ___ **Madre X Cuidador** ___de la niña, niño o adolescente **MARIA DE LOS ANGELES VERA MANCERA**, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI **X**, CC____, número **1123444473**, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:



Firma del participante: _____
Nombre del participante: María de los Angeles Vera
Teléfono de contacto del participante: 3133807971

Firma de la madre, padre o cuidador: Elia Maritza Vanegas R.
Nombre de la madre, padre o cuidador: Elia Maritza Vanegas Rojas
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3133807971

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

PUBLICO

Fecha: 13 de Enero de 2026 Departamento: Meta Municipio: Villavicencio

Yo, **MAGALI CABRERA OCHOA**, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC **X** , CE____ NUIP (RC) ___, número **30083365**, obrando en calidad de: **Padre ___ Madre X Cuidador ___**de la niña, niño o adolescente **NICOLL SOFIA MARTINEZ CABRERA**, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI **X**, CC____, número **1122525356**, manifiesto que: **SÍ** X **NO___**

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:



Firma del participante: _____
Nombre del participante: Nicoll Sofia Martinez
Teléfono de contacto del participante: 3134105329

Firma de la madre, padre o cuidador: _____
Nombre de la madre, padre o cuidador: Magaly Cabrera Ochoa
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3134105329

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

Fecha: 13 de Enero de 2026 Departamento: Meta Municipio: Villavicencio

Yo, **BIANED CIFUENTES ACEVEDO**, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC **X** , CE____ NUIP (RC) ___, número **41214949**, obrando en calidad de: **Padre** ___ **Madre X Cuidador** ___de la niña, niño o adolescente **DAVID SANTIAGO PRIETO CIFUENTES**, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI **X**, CC____, número **1122536864**, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:



Firma del participante: _____
Nombre del participante: David Santiago Prieto
Teléfono de contacto del participante: 3174590223

Firma de la madre, padre o cuidador: _____
Nombre de la madre, padre o cuidador: Bidned Cifuentes
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3174590223

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

Fecha: 13 de Enero de 2026 Departamento: Meta Municipio: Villavicencio

Yo, **JARIS JULIETH GIRALDO DUARTE**, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC **X** , CE____ NUIP (RC) ___, número **1006820719**, obrando en calidad de: **Padre** ___ **Madre X Cuidador** ___de la niña, niño o adolescente **BRYAN STICK GONZALEZ GIRALDO**, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI **X**, CC____, número **1029967815**, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:

Firma del participante: _____
Nombre del participante: Bryan Gonzales Giraldo
Teléfono de contacto del participante: 3247133109

Firma de la madre, padre o cuidador: Julieth Giraldo
Nombre de la madre, padre o cuidador: Idris Julieth Giraldo Duarte
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3247133109

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
"LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012"

Fecha: 13 de Enero de 2026 Departamento: Meta Municipio: Villavicencio

Yo, **DIANA MARCELA FRANCO MORENO**, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC **X** , CE____ NUIP (RC) ___, número **40328667**, obrando en calidad de: **Padre** ___ **Madre X Cuidador** ___de la niña, niño o adolescente **ANDRES JACOBO RAMIREZ FRANCO**, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI **X**, CC____, número **1123817042**, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:

Firma del participante: _____
Nombre del participante: Andres Jacobo Ramirez
Teléfono de contacto del participante: 3138215868

Firma de la madre, padre o cuidador: _____
Nombre de la madre, padre o cuidador: DIANA MARCELA FRANCO MORENO.
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3138215868

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

Fecha: 13 de Enero de 2026 Departamento: Meta Municipio: Villavicencio

Yo, **SANDRA YOLIMA AMAYA**, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC **X** , CE____ NUIP (RC) ___, número **30982778**, obrando en calidad de: **Padre ___ Madre X Cuidador ___**de la niña, niño o adolescente **DANIEL SANTIAGO PRADA AMAYA**, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI **X**, CC____, número **1144724969**, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:

Firma del participante: _____
Nombre del participante: Daniel Santiago Piada
Teléfono de contacto del participante: 3158570595

Firma de la madre, padre o cuidador: Sandra Yolima Anaya
Nombre de la madre, padre o cuidador: Sandra Yolima Anaya Boyc
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3158570595

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
"LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012"

OEC.
Alistamiento 2

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°	
Hora: 8:00 am	**Fecha: Enero 13 de 2026**
Lugar:	**Centro de Educación Especial de Villavicencio**
Dependencia que Convoca:	**Centro de Apoyo a la Inclusión - Centro de Educación Especial de Villavicencio**
Proceso:	Socialización del servicio Centros de Apoyo a la Inclusión Punto Fijo-Etapa de alistamiento
Objetivo:	***Realizar la socialización del servicio Centro de Apoyo a la Inclusión año 2026, a los padres de familia y/o cuidadores, invitados de la comunidad en general e invitados de los entes territoriales.***

Agenda:

- Registro de asistentes
- Saludo y Bienvenida
- Presentación equipo de talento humano
- Presentación plan estratégico del Centro de Educación Especial de Villavicencio
- Socialización servicio Centro de Apoyo a la Inclusión Punto Fijo
- Inscripción de los participantes
- Cierre

Desarrollo:

Siendo el día 13 de enero de 2026, a las 8:00 a. m., en las instalaciones del Centro de Educación Especial de Villavicencio, se llevó a cabo la socialización del servicio **Centro de Apoyo a la Inclusión (C.A.I.)** correspondiente a la vigencia del año en curso.

Como primer momento, se realizó el registro de los asistentes, entre ellos padres de familia y/o cuidadores, invitados de la comunidad en general y representantes de diferentes actores territoriales que brindan servicios orientados al bienestar y la garantía de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, tales como el ICBF, la Alcaldía de Villavicencio, la Secretaría de Salud Municipal y el Instituto de Turismo del Meta.

Posteriormente, la Coordinadora del servicio C.A.I. ofreció un saludo de bienvenida a los asistentes, agradeciendo la disposición para reencontrarse en este espacio y continuar aportando al bienestar de la población de niñas, niños y adolescentes con discapacidad. Asimismo, destacó la importancia de la corresponsabilidad de las familias y/o cuidadores como actores fundamentales en el proceso de desarrollo integral de los participantes.

Posterior al saludo de bienvenida, la Coordinadora dio paso a la presentación del equipo de talento humano del servicio. Inició con la presentación de los Orientadores para la eliminación de barreras y los auxiliares pedagógicos, dando a conocer cada una de las duplas conformadas. Seguidamente, presentó el equipo de Nutrición y el equipo de apoyo logístico, integrado por el personal encargado de la preparación de los alimentos, así como por quienes realizan labores de servicios generales y apoyan los procesos de higiene de los participantes que así lo requieren.

Finalmente, presentó el equipo administrativo, encabezado por la Orientadora Pedagógica del servicio, la Auxiliar Administrativa y la Contadora.

A partir de este momento, la Orientadora Pedagógica dio inicio a la socialización, apoyándose en herramientas tecnológicas para la proyección de la presentación del Plan Estratégico del Centro de Educación Especial de Villavicencio y de la Guía Operativa para los Centros de Apoyo a la Inclusión.

PÚBLICA

En cuanto al Plan Estratégico del Centro de Educación Especial de Villavicencio, la Orientadora Pedagógica, expone a los asistentes que el C.E.E. es una institución social privada sin ánimo de lucro, dedicada al desarrollo integral de personas con discapacidad a través de desarrollo y fortalecimiento de habilidades, generando espacios de participación e inclusión social con enfoque de derechos, y principios rectores de corresponsabilidad, calidad, desarrollo humano, autonomía, participación, libertad, ciudadanía, dignidad, equidad, accesibilidad y efectividad de los derechos, esto con el fin de dar a conocer a las familias de los nuevos participantes y recordar a los antiguos. Posterior a esto continua con la socialización del servicio Centro de Apoyo a la Inclusión, con el fin de contextualizar a los asistentes sobre las características brindadas por el servicio durante la etapa de atención.

Se expresa a los asistentes que el propósito de los C.A.I., es el fortalecimiento de entornos protectores e inclusivos, la eliminación de Barreras, la equidad para la participación, basada en sus propias necesidades y la Transformación social y Cultural, desde el acompañamiento, orientación y fortalecimientos de entornos inclusivos, identificando las barreras y a su vez los facilitadores para garantizar la participación y la inclusión, realizando además gestión y articulación con instituciones para promover ajustes razonables, necesarios para que se genere equidad en los participantes. Además, se refiere que la forma de atención es de punto fijo lo que representa que la participación de las niñas, niños y adolescentes, se hace a partir de experiencias que promuevan la garantía de derechos y la prevención de vulneraciones, el fortalecimiento de la autonomía, la creatividad, el trabajo en equipo, el manejo y la gestión del tiempo, donde además aprendan como tomar decisiones, resolver conflictos y desarrollen y/o fortalezcan el pensamiento crítico, al igual se recuerda que el servicio atiende a niñas, niños y adolescentes con discapacidad intelectual, psicosocial, múltiple, y sordoceguera entre 6 y 17 años, 11 meses, 29 días, que hayan estado vinculados a la estrategia Atrapasueños de Apoyos, aquellos que se encuentren en riesgo de vulneración de derechos por discriminación o segregación de otros espacios, que presenten barreras para la garantía de derechos y que presenten condiciones sociales de pobreza.

Por otra parte se socializa que dentro del proceso de atención se realiza la recolección de información para el diligenciamiento de formatos como la Caracterización y el Plan Individual de Apoyo, basado en el Modelo Pedagógico para la Inclusión, además se expresa que la atención se realiza a través de espacios de interés, que incluyen cada una de las actividades que se desarrollaran con los participantes, los Encuentros Familiares que se desarrollan en compañía de las familias, así como los espacios de recursos, además dentro del servicio se realiza Gestión y Articulación con actores implicados, que brinden espacios de inclusión para la población, así como la Movilizaciones sociales y comunitarias como apoyo para la transformación de imaginarios sobre discapacidad.

Otra de las actividades que se realiza dentro de este espacio es la socialización y conformación del grupo de Control Social conformado por las familias, donde se les expresa que este ejercicio es importante teniendo en cuenta que permite participar activamente en la supervisión de la gestión pública, promoviendo la vigilancia de la equidad, la eficiencia, la transparencia y la adecuada utilización de los recursos y bienes públicos, a través de espacios de diálogo para fortalecer las relaciones entre los actores implicados donde se recopilan sugerencias, percepciones y propuestas que permitan el desarrollo de acciones de construcción que dan respuesta a las mismas, además se les recuerda que estos encuentros de control social se realizan de manera bimestral. Terminada esta información se continua con la presentación de la información financiera del contrato, por parte de la encargada del área contable, quien expresa a los asistentes cuales son los valores estipulados por el ICBF para la contratación del talento humano, la alimentación y los diferentes gastos que incurre el desarrollo del servicio de Centro de Apoyo a la Inclusión.

Para finalizar se realiza un espacio para reforzar la importancia de los roles familiares en el desarrollo y bienestar de las niñas, niños y adolescentes, así como para recordar el rol del estado frente a la población con discapacidad, el rol del ICBF, como actor que trabaja para garantizar los derechos y prevenir la vulneración de los mismos. Además de este momento se genera un espacio para despejar dudas, aclarar roles y conceptos derivados de lo que representa el tema de discapacidad cognitiva en la población de niñas, niños y adolescentes. Posterior a este espacio algunos padres expusieron inquietudes relacionadas con las rutas de transporte, el uso de uniforme o distintivo, los horarios y jornadas de atención, la forma de participar durante los encuentros, evidenciando que los asistentes se encontraban motivados e interesados con la vinculación de sus hijos al servicio C.A.I.. Luego de resolver estas dudas, se invita a los padres de familia y/o cuidadores a dirigirse hacia las diferentes aulas para realizar el diligenciamiento de los formatos de matrícula de los participantes, los padres de familia.

Se finaliza la socialización agradeciendo la participación de los padres de familia y/o cuidadores, y recordando los compromisos establecidos con sus hijas e hijos, así como con el Centro de Educación Especial de Villavicencio, para el desarrollo positivo y adecuado del proceso de atención.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

Posteriormente, se realizó el registro de las niñas, niños y adolescentes al servicio Centro de Apoyo a la Inclusión (C.A.I.), teniendo en cuenta que cumplen con los criterios de focalización establecidos para el acceso al servicio.

Registro Fotográfico

Registro de asistentes




Saludo y Bienvenida




Presentación equipo de talento humano




Presentación plan estratégico del Centro de Educación Especial de Villavicencio




Socialización servicio Centro de Apoyo a la Inclusión




Inscripción de las y los participantes





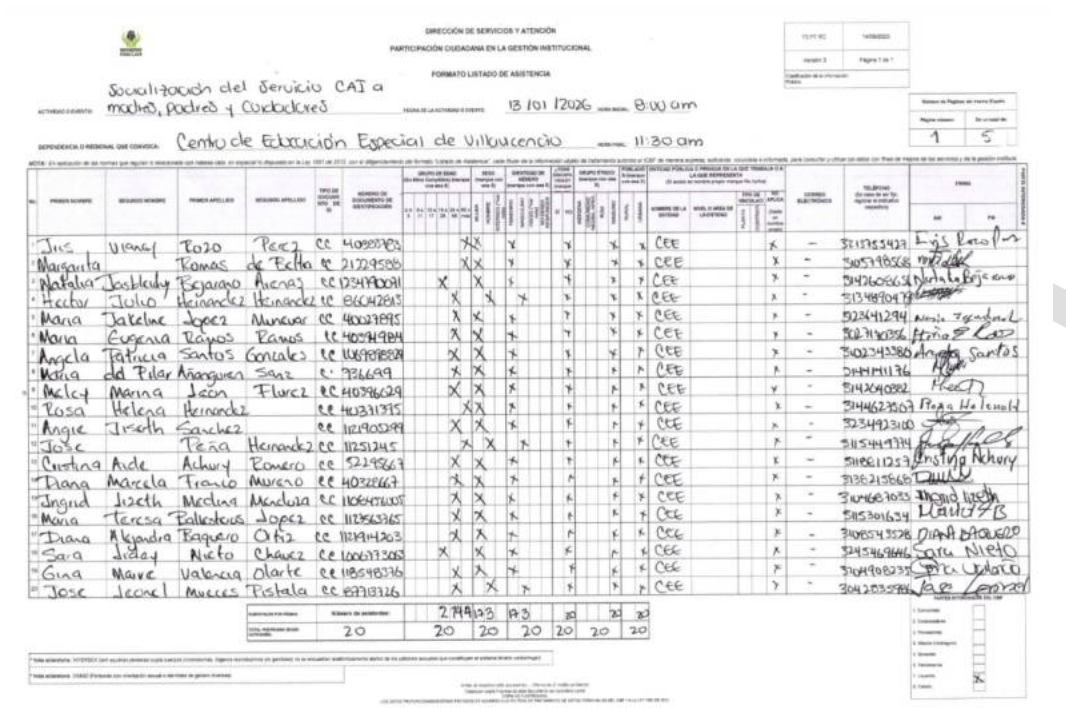




Decisiones:

- Fortalecer, durante los encuentros con familias y/o cuidadores, la corresponsabilidad y el compromiso frente al refuerzo de hábitos de higiene personal y adecuada presentación de las niñas, niños y adolescentes, así como la asistencia y participación activa en los Espacios de Recursos, reconociendo su importancia dentro del proceso de atención integral.
- Reforzar en las familias la importancia del cumplimiento en la gestión y asistencia oportuna a las atenciones en salud requeridas por los participantes, incluyendo consultas de odontología, medicina general, terapias, citas con especialistas, exámenes diagnósticos y demás servicios necesarios para su bienestar.
- Implementar de manera mensual jornadas de socialización del servicio Centro de Apoyo a la Inclusión (C.A.I.) – Punto Fijo, dirigidas a la comunidad y a los actores clave del territorio, con el propósito de fortalecer el conocimiento del servicio y sus lineamientos, promover el acceso oportuno a la atención y articular acciones interinstitucionales para la garantía de derechos de la población con discapacidad.

Listado de asistencia de Familias



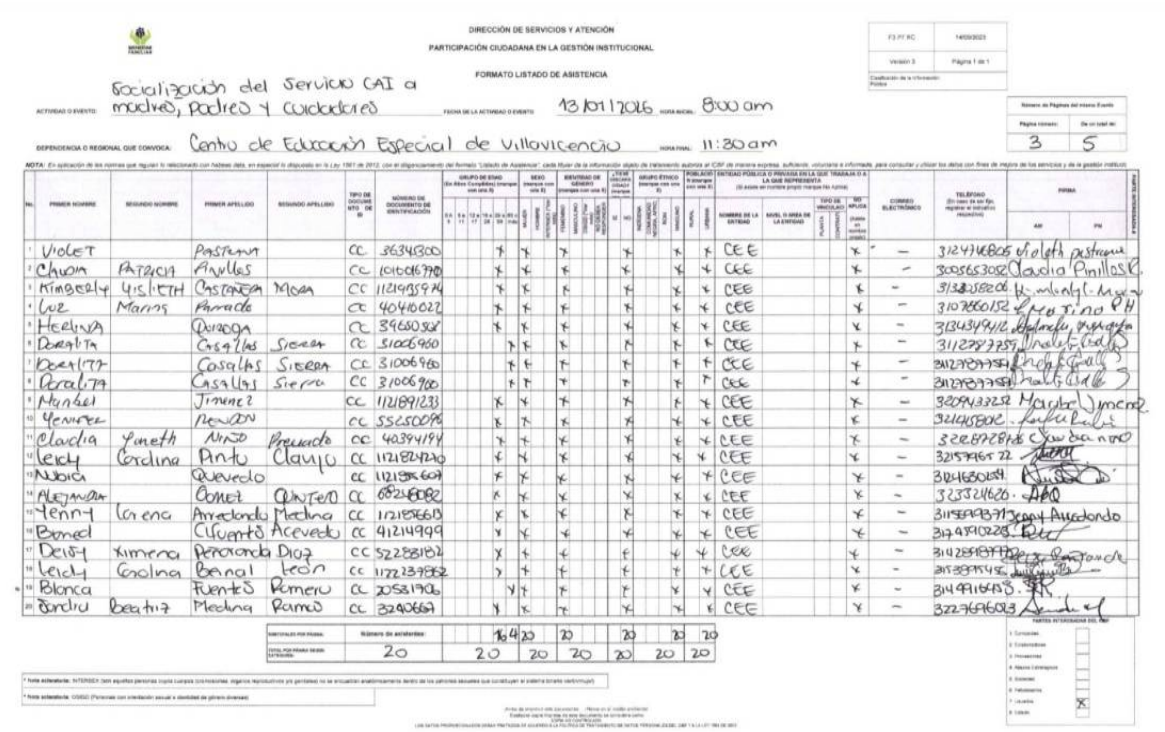
DIRECCIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN INSTITUCIONAL
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

Socialización del Servicio CAI a madres, padres y Cuidadores — 13/01/2026 — 8:00 am
Centro de Educación Especial de Villavicencio — 11:30 am



PROCESO RELACIÓN CON EL CIUDADANO
DIRECCIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN INSTITUCIONAL
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

Socialización del Servicio CAI a madres, padres y Cuidadores — 13/01/2026 — 8:00 am
Centro de Educación Especial de Villavicencio — 11:30 am



DIRECCIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

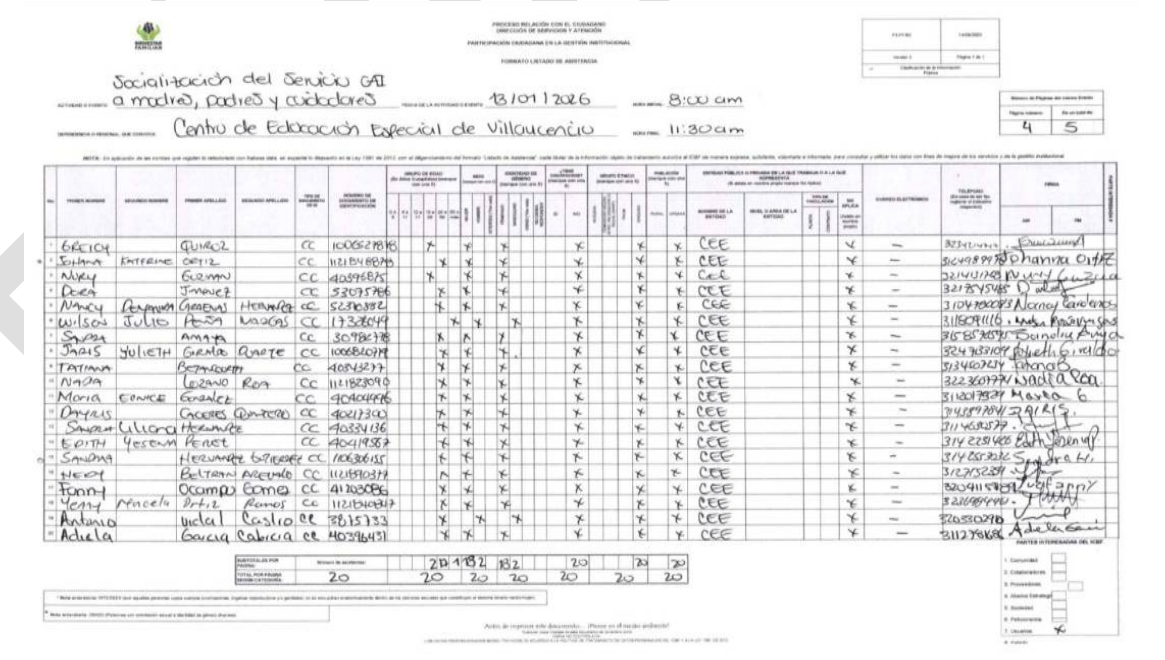
Socialización del Servicio CAI a madres, padres y cuidadores — FECHA DE LA ACTIVIDAD O EVENTO: 13/01/2026 — HORA INICIAL: 8:00 am

DEPENDENCIA O REGIONAL QUE CONVOCA: Centro de Educación Especial de Villavicencio — HORA FINAL: 11:30 am

No.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
1	VIOLET		PASTRANA		CC	36345300	—	3124746805	
2	CLAUDIA	PATRICIA	PINILLOS		CC	1016046798	—	3005653052	
3	MARGERY	YISLIETH	CASTAÑEDA	MORA	CC	1121935974	—	3138358206	
4	LUZ	MARINA	PARRADO		CC	40416027	—	3107860152	
5	HERLINDA		QUIROGA		CC	39650368	—	3134349412	
6	DORALBA		CASALLAS	SIERRA	CC	31006960	—	3112787259	
7	DORALBA		CASALLAS	SIERRA	CC	31006960	—	3112787259	
8	DORALBA		CASALLAS	SIERRA	CC	31006960	—	3112787259	
9	MAYBEL		JIMENEZ		CC	1121891233	—	3209433252	
10	YENNIFER		NEGRON		CC	55250079	—	3214158612	
11	CLAUDIA	YINETH	NIÑO	PRADO	CC	40394194	—	3208728768	
12	LEICY	CARLINA	PINTO	CLAVIJO	CC	1121824240	—	3215796522	
13	NUBIA		QUEVEDO		CC	1121936609	—	3124650284	
14	ALEJANDRA		GOMEZ	QUINTERO	CC	68248082	—	3233214626	
15	YENNY	LORENA	ARREDONDO	MEDINA	CC	1121856613	—	3115893737	
16	BERNEL		CIFUENTES	ACEVEDO	CC	41214999	—	3149510228	
17	DEISY	XIMENA	PERDOMO	DIAZ	CC	52288182	—	3142891977	
18	LEICY	CARLINA	BENAL	LEON	CC	1122339882	—	3158895458	
19	BLANCA		FUENTES	ROMERO	CC	20581906	—	3149116803	
20	SANDRA	BEATRIZ	MEDINA	RAMOS	CC	32406671	—	3227696083	

SUBTOTALES POR PÁGINA	Número de asistentes								
TOTAL POR PRIMER DESDE CATEGORÍA	20	20	20	20	20	20	20	20	20

PARTES INTERESADAS DEL CAI: 1. Comunidad; 2. Colaboradores; 3. Proveedores; 4. Aliados Estratégicos; 5. Estatales; 6. Fallecimiento; 7. Usuarios; 8. Líderes — X



PROCESO RELACIÓN CON EL CIUDADANO

DIRECCIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

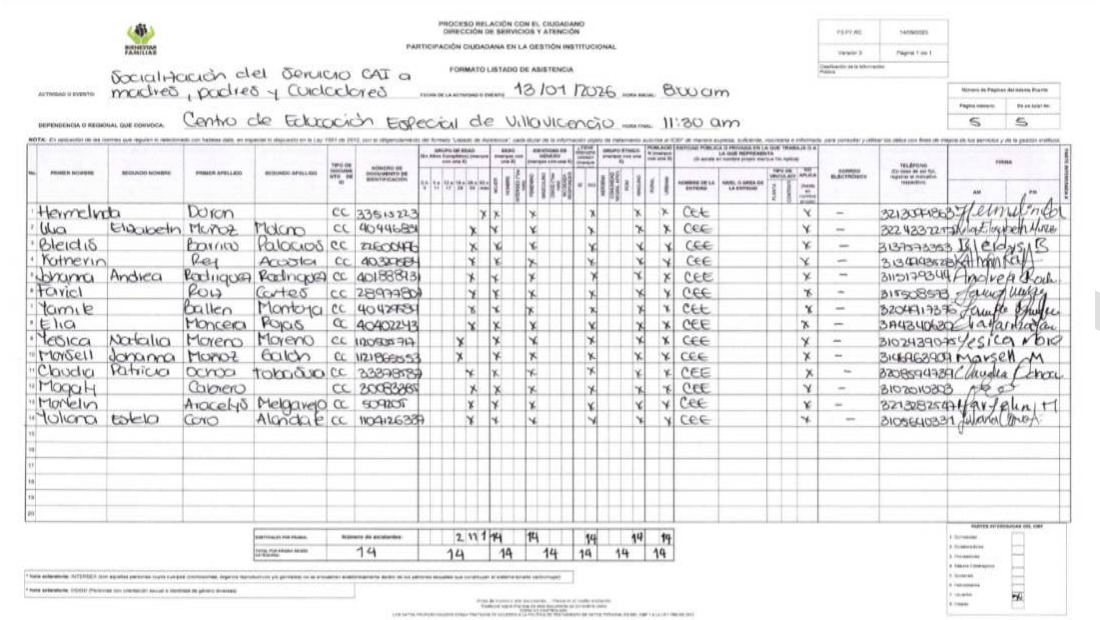
Socialización del Servicio CAI a madres, padres y cuidadores — FECHA DE LA ACTIVIDAD O EVENTO: 13/01/2026 — HORA INICIAL: 8:00 am

DEPENDENCIA O REGIONAL QUE CONVOCA: Centro de Educación Especial de Villavicencio — HORA FINAL: 11:30 am

No.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
1	GRECIA		QUIROZ		CC	1006529835	—	3231[illegible]	
2	JOHANA	ENTRENE	ORTIZ		CC	1121848845	—	3149899[illegible]	
3	NIKOL		GUZMAN		CC	1038968[illegible]	—	3214911[illegible]	
4	DORA		JIMENEZ		CC	5257[illegible]	—	3218[illegible]	
5	NANCY	ALEJANDRA	CABRERA	HERNANDEZ	CC	52370382	—	3107[illegible]	
6	WILSON	JULIO	AÑA	MACOS	CC	1032[illegible]	—	3115[illegible]	
7	SANDRA		AMAYA		CC	30986[illegible]	—	3165[illegible]	
8	JANIS	YULIETH	GARCIA	QUINTE	CC	1006[illegible]	—	3247[illegible]	
9	TATIANA		BETANCOURT		CC	4085[illegible]	—	3134[illegible]	
10	NAIDA		LOZANO	ROA	CC	1121823[illegible]	—	3223[illegible]	
11	MARIA	EDNICE	GONZALEZ		CC	4040[illegible]	—	3110[illegible]	
12	DAYANA		CACERES	QUINTERO	CC	4021[illegible]	—	3148[illegible]	
13	SANDRA	LILIANA	HERNANDEZ		CC	4033[illegible]	—	3114[illegible]	
14	EDITH	YESENIA	PEREZ		CC	4041[illegible]	—	314[illegible]	
15	SANDRA		HERNANDEZ	GUTIERREZ	CC	1006[illegible]	—	314[illegible]	
16	HEIDY		BELTRAN	AREVALO	CC	1121[illegible]	—	3127[illegible]	
17	FANNY		OCAMPO	GOMEZ	CC	4120[illegible]	—	3204[illegible]	
18	YENNY	PRICELA	DIAZ	RAMOS	CC	1121[illegible]	—	3205[illegible]	
19	ANTONIO		VIDAL	CASTRO	CC	8815[illegible]	—	3205[illegible]	
20	ADRIELA		GARCIA	FABRICIA	CC	4039[illegible]	—	3112[illegible]	

SUBTOTALES POR PÁGINA	Número de asistentes								
TOTAL POR PRIMER DESDE CATEGORÍA	20	20	20	20	20	20	20	20	20

PARTES INTERESADAS DEL CAI: 1. Comunidad; 2. Colaboradores; 3. Proveedores; 4. Aliados Estratégicos; 5. Estatales; 6. Fallecimiento; 7. Usuarios — X; 8. Líderes



PROCESO RELACIÓN CON EL CIUDADANO
DIRECCIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

ACTIVIDAD O EVENTO: Socialización del Servicio CAI a madres, padres y Cuidadores — FECHA DE LA ACTIVIDAD O EVENTO: 13/01/2026 — HORA INICIAL: 8:00 am

DEPENDENCIA O REGIONAL QUE CONVOCA: Centro de Educación Especial de Villavicencio — HORA FINAL: 11:30 am

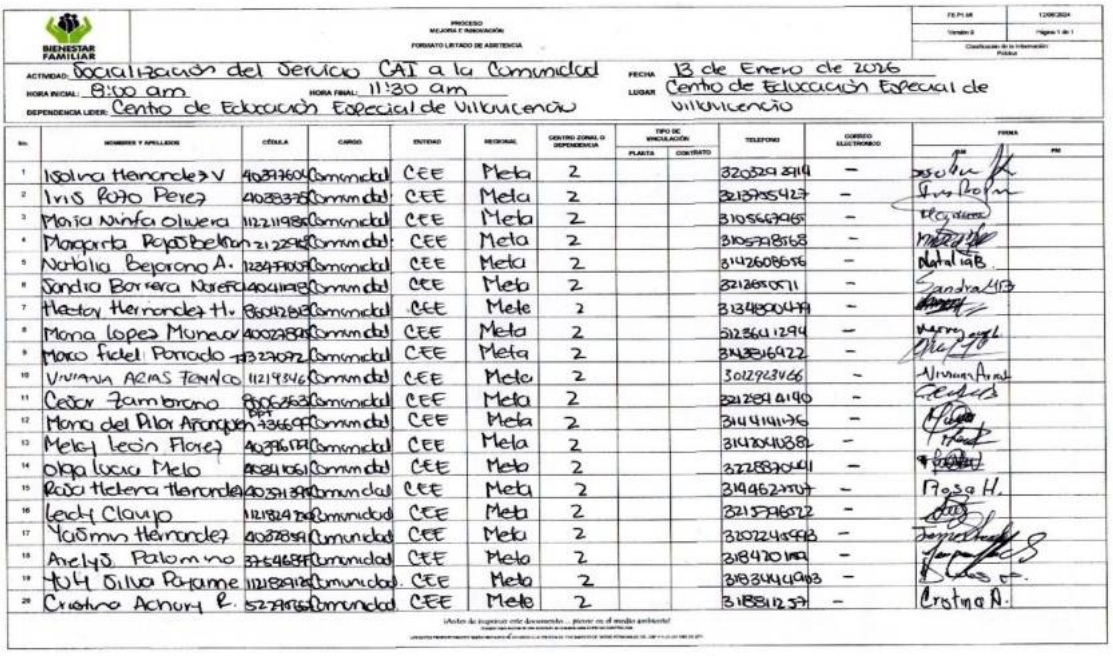
NOTA: En aplicación de las normas que regulan el relacionado con hábeas data, en especial lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, con la diligenciamiento del formato "Listado de Asistencia", cada titular de la información otorga de manera expresa, voluntaria, inequívoca e informada, para consultar y utilizar los datos con fines de mejora de los servicios y de la gestión misional.

No.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE ID	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GRUPO DE EDAD	SEXO	IDENTIDAD DE GÉNERO	¿TIENE DISCAPACIDAD?	GRUPO ÉTNICO	POBLACIÓN A (marcar una sola X)	ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA EN LA QUE TRABAJA O A LA QUE REPRESENTA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
1	Hermelinda		Doran		CC	33513223		X	X	X	X	X	CEE	–	3213584860	
2	Ubi	Elizabeth	Muñoz	Molano	CC	40446894		X	X	X	X	X	CEE	–	3224237274	
3	Bleidis		Barrios	Palacios	CC	21600496		X	X	X	X	X	CEE	–	3137333353	
4	Katherin		Rey	Acosta	CC	40328584		X	X	X	X	X	CEE	–	3134198328	
5	Johanna	Andrea	Rodriguez	Rodriguez	CC	40188831		X	X	X	X	X	CEE	–	3115179344	
6	Yaricl		Ruiz	Cortes	CC	28993804		X	X	X	X	X	CEE	–	3155085958	
7	Yamile		Ballen	Montoya	CC	40429831		X	X	X	X	X	CEE	–	3204913378	
8	Elia		Moncera	Rojas	CC	40402243		X	X	X	X	X	CEE	–	3148340482	
9	Yesica	Natalia	Moreno	Moreno	CC	1026583719		X	X	X	X	X	CEE	–	3102439045	
10	Marsell	Johanna	Muñoz	Galvan	CC	1121865553		X	X	X	X	X	CEE	–	3148862909	
11	Claudia	Patricia	Ochoa	Tobon Suaza	CC	33378784		X	X	X	X	X	CEE	–	3208594938	
12	Magaly		Cabrera		CC	30883285		X	X	X	X	X	CEE	–	3157010283	
13	Marlelin		Aracely	Melgarejo	CC	509805		X	X	X	X	X	CEE	–	3213285249	
14	Yuliana	Estela	Coro	Alandete	CC	1094126377		X	X	X	X	X	CEE	–	3105641037	
15																
16																
17																
18																
19																
20																

SUBTOTALES POR FILAS	Número de asistentes:	2	11	1	14			14		14	14	14
Total de asistentes	14	14		14		14		14		14	14	14

PARTES INTERESADAS DEL CBF
1. Comunidad
2. Colaboradores
3. Proveedores
4. Mesas Comunitarias
5. Gremios
6. Voluntariado
7. Usuarios
8. Otros

Listado de asistencia de comunidad



PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN
FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

F9.P1.MI | 12/06/2024 | Versión 9 | Página 1 de 1 | Clasificación de la Información: Pública

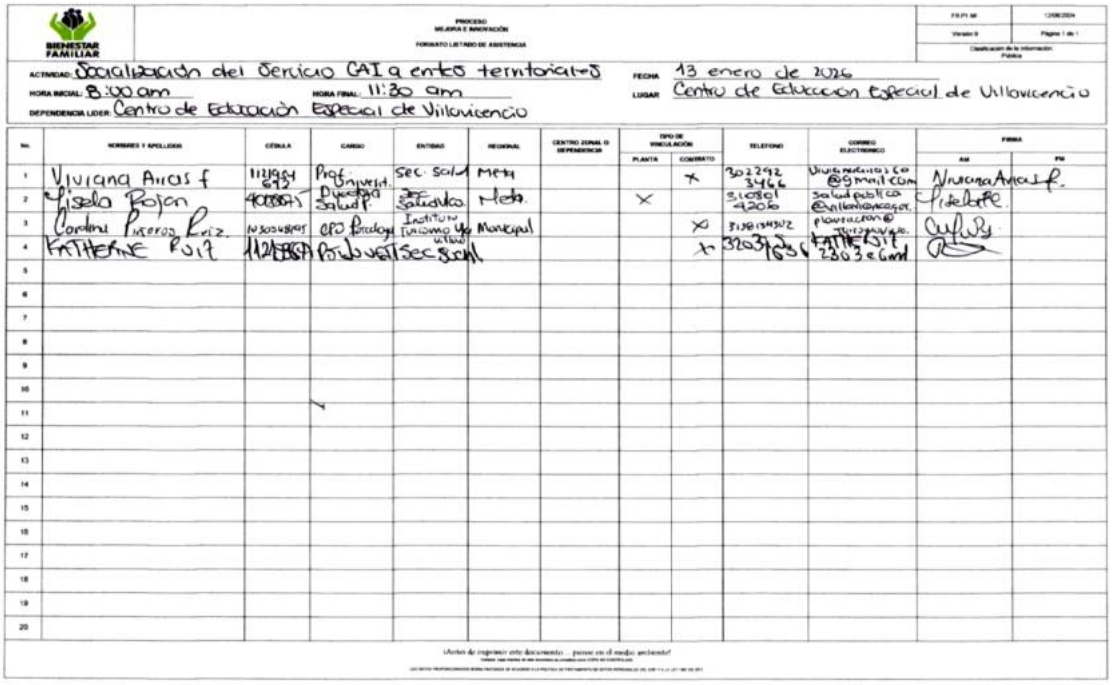
ACTIVIDAD: Socialización del Servicio CAI a la Comunidad — FECHA: 13 de Enero de 2026
HORA INICIAL: 8:00 am — HORA FINAL: 11:30 am — LUGAR: Centro de Educación Especial de Villavicencio
DEPENDENCIA LIDER: Centro de Educación Especial de Villavicencio

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN: PLANTA	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Isolina Hernandez V	40377604	Comunidad	CEE	Meta	2			3208294114	–	
2	Iris Roto Perez	40388378	Comunidad	CEE	Meta	2			3213785427	–	
3	Maria Ninfa Olivera	1122119854	Comunidad	CEE	Meta	2			3105669465	–	
4	Margarita Rojas Beltran	21229470	Comunidad	CEE	Meta	2			3105218568	–	
5	Natalia Bejarano A.	1234780078	Comunidad	CEE	Meta	2			3142608656	–	
6	Sandra Barrera Narefo	40411478	Comunidad	CEE	Meta	2			3212605711	–	
7	Hector Hernandez H.	86047898	Comunidad	CEE	Meta	2			3134800471	–	
8	Mona Lopez Munevar	40028780	Comunidad	CEE	Meta	2			5123641294	–	
9	Marco Fidel Parrado	17327092	Comunidad	CEE	Meta	2			3143816922	–	
10	Viviana ARIAS FONSECA	1121948460	Comunidad	CEE	Meta	2			3012923466	–	
11	Cesar Zambrano	86062630	Comunidad	CEE	Meta	2			3212894140	–	
12	Maria del Pilar Arciniegas	73669 PPT	Comunidad	CEE	Meta	2			3144141176	–	
13	Meley Leon Florez	40386177	Comunidad	CEE	Meta	2			3142041038	–	
14	Olga Lucia Melo	40841061	Comunidad	CEE	Meta	2			3228830441	–	
15	Rosa Helena Hernandez	40351378	Comunidad	CEE	Meta	2			3194627507	–	
16	Leidy Clavijo	1121824788	Comunidad	CEE	Meta	2			3215746572	–	
17	Yasmin Hernandez	40378591	Comunidad	CEE	Meta	2			3102245893	–	
18	Arelys Palomino	37546887	Comunidad	CEE	Meta	2			3184201109	–	
19	Yuli Silva Payarne	1121849126	Comunidad	CEE	Meta	2			3183141493	–	
20	Cristina Achury R.	52781656	Comunidad	CEE	Meta	2			3188812371	–	

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

Listado de asistencia de Entes Territoriales

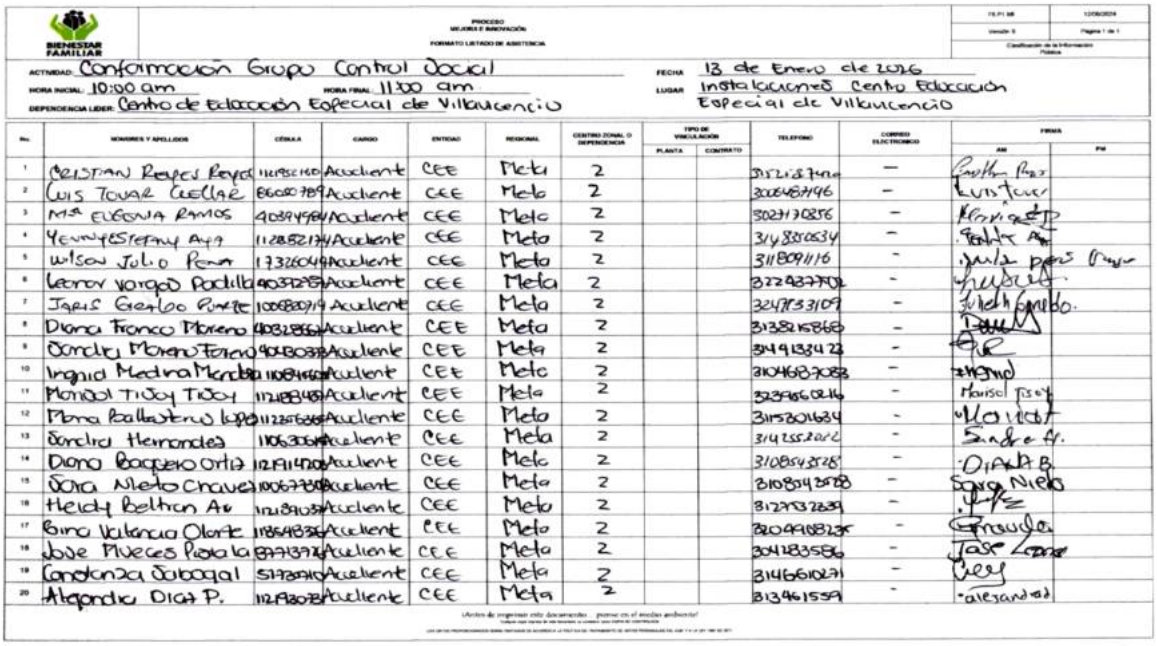


ACTIVIDAD: Socialización del Servicio CAI a entes territoriales — FECHA: 13 enero de 2026
HORA INICIAL: 8:00 am — HORA FINAL: 11:30 am — LUGAR: Centro de Educación Especial de Villavicencio
DEPENDENCIA LIDER: Centro de Educación Especial de Villavicencio

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN: PLANTA	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA: AM	FIRMA: PM
1	Viviana Arias f	1121951692	Prof. Universit.	Sec. Salud	Meta			X	3022923466	vivianaarias1@gmail.com	Viviana Arias f.	
2	Gisela Rojas	40888615	Director Salud P	Secretaria Salud	Meta		X		3108619206	saludpublica@villavicencio.gov	Gisela Rojas	
3	Carolina Pinzon Ruiz	1030548945	CPS Psicologa	Instituto Tecnico Agricola	Municipal			X	3138134302	planeacion@villavicencio.gov		
4	KATHERINE RUIZ	1121888624	Prof Universit	Sec Salud				X	3203[illegible]	KATHERUIZ2303@GMAIL.COM		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Listado de asistencia de Control Social



ACTIVIDAD: Conformación Grupo Control Social — FECHA: 13 de Enero de 2026
HORA INICIAL: 10:00 am — HORA FINAL: 11:00 am — LUGAR: Instalaciones Centro Educación Especial de Villavicencio
DEPENDENCIA LIDER: Centro de Educación Especial de Villavicencio

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN: PLANTA	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA: AM	FIRMA: PM
1	CRISTIAN Reyes Reyes	1121882140	Acudiente	CEE	Meta	2			3152187[illegible]	—		
2	LUIS TOVAR CUELLAR	86080787	Acudiente	CEE	Meta	2			3006487496	—	LUIS Tovar	
3	Mª EUGENIA RAMOS	40894984	Acudiente	CEE	Meta	2			3023170836	—		
4	YEVY STEFANY AVE	1128521744	Acudiente	CEE	Meta	2			3145850634	—		
5	WILSON JULIO PEÑA	1732604	Acudiente	CEE	Meta	2			3118091116	-		
6	LEONOR VARGAS PADILLA	40382858	Acudiente	CEE	Meta	2			3224837702	-		
7	JAIRO GRANADOS PINEDA	1006800714	Acudiente	CEE	Meta	2			3247833109	-		
8	DIANA FRANCO MORENO	40328564	Acudiente	CEE	Meta	2			3138215860	-		
9	SANDRA MILENA FERNANDEZ	40480388	Acudiente	CEE	Meta	2			3149138423	-		
10	Ingrid Medina Mendez	1006[illegible]	Acudiente	CEE	Meta	2			3104687088	-		
11	Manuel Tiday Tiday	1121881[illegible]	Acudiente	CEE	Meta	2			3239860216	-		
12	Mona Ballesteros Lopez	1122[illegible]	Acudiente	CEE	Meta	2			3115201634	-		
13	Sandra Hernandez	1006[illegible]	Acudiente	CEE	Meta	2			3142552042	-		
14	Diana Bocanegra Ortiz	1121[illegible]	Acudiente	CEE	Meta	2			3108548281	-		
15	Sara Nieto Chavez	1006[illegible]	Acudiente	CEE	Meta	2			3108543588	-		
16	Heidy Beltran Ar	1121[illegible]	Acudiente	CEE	Meta	2			3127832839	-		
17	Sirio Valencia Olarte	1[illegible]	Acudiente	CEE	Meta	2			3204988235	-		
18	Jose Nieves Piedra	8[illegible]	Acudiente	CEE	Meta	2			3041835586	-		
19	Candanza Subiaga	51[illegible]	Acudiente	CEE	Meta	2			3146610271	-		
20	Alejandra Diaz P.	1121[illegible]	Acudiente	CEE	Meta	2			3134615[illegible]	-		

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!